【様式例】

平成2９年度茨城県子育て支援員認定資格研修

＜基本研修免除希望者＞

実務経験証明書

平成　　　年　　　月　　　日

茨城県社会福祉協議会会長　様

所在地

名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

（担当者氏名　　　　　　　　　　　　　　　 ）

連絡先電話番号

下記の者の実務経験は以下のとおりであることを証明します。

記

（氏　　名）

（生年月日）　昭和・平成　　　　　年　　　月　　　日生

（事業所名）

（事業所所在地）〒

（業務内容）

※１

（就業期間） 昭和・平成　　 年 　　月　 　日 ～ 昭和・平成　 　年　 　月　 　日

※２

※１　幼稚園教諭、看護師、保健師の資格をお持ちで、基本研修の免除を希望される方は、「日々子どもと関わる業務」（例：保育所、幼稚園、認定こども園、地域子育て支援拠点、放課後児童クラブなど）の実務経験を予め有していることが条件となっています。

※　２産休・育休期間を除く。

【様式例】

平成2９年度茨城県子育て支援員認定資格研修

＜利用者支援事業（基本型）コース＞

実務経験証明書

平成　　　年　　　月　　　日

茨城県社会福祉協議会会長　様

所在地

名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

（担当者氏名　　　　　　　　　　　　　　　 ）

連絡先電話番号

下記の者の実務経験は以下のとおりであることを証明します。

記

（氏　　名）

（生年月日）　昭和・平成　　　　　年　　　月　　　日生

（事業所名）

（事業所所在地）〒

（業務内容）

※１

（就業期間） 昭和・平成　　 年 　　月　 　日 ～ 昭和・平成　 　年　 　月　 　日

※２

※１　利用者支援事業（基本型）コースの受講にあたっては、相談及びコーディネート等の業務内容を必須とする事業や業務（例：地域子育て支援拠点事業、保育所における主任保育士業務）に1年以上の実務経験を予め有していることが条件となっています。

※２　産休・育休期間を除く。